



DMOKA®, UN CADRE MULTIMODAL POUR LE RETRAITEMENT DES TRAUMATISMES

Extension des approches de stimulation bilatérale
par un engagement sensori-moteur actif
et une consolidation post-séance

1. Introduction

Les approches contemporaines du traitement des psychotraumatismes reposent majoritairement sur l'association entre la **réactivation contrôlée d'un souvenir traumatique** et l'introduction de conditions facilitant sa transformation.

Parmi ces approches, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) et l'IMO (Intégration par les Mouvements Oculaires) utilisent des **stimulations bilatérales alternées**, le plus souvent visuelles, appliquées pendant le rappel du souvenir. Ces méthodes ont montré une efficacité clinique significative, en particulier dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique.

D'autres approches, telles que l'EFT (Emotional Freedom Techniques), associent une **stimulation somatosensorielle (tapotements) à une verbalisation centrée sur le problème**, dans une logique combinant exposition, focalisation attentionnelle et régulation émotionnelle.

Malgré leurs différences apparentes, ces approches partagent plusieurs caractéristiques communes : la réactivation du matériel traumatique, la mobilisation de l'attention, et l'introduction d'un facteur perturbateur ou concurrent.

Cependant, les mécanismes précis sous-jacents à leurs effets restent débattus, et aucun modèle unifié ne fait aujourd'hui consensus.

Dans ce contexte, la méthode **DMOKA® (Déprogrammation par les Mouvements Oculaires, Kinesthésiques et Auditifs)** propose une configuration distincte, fondée sur une stimulation multimodale, une

implication active du patient, et une structuration du processus incluant une phase explicite de consolidation post-séance.

Le présent article propose une modélisation conceptuelle de cette approche.

2. Fondements théoriques

Plusieurs mécanismes ont été proposés pour expliquer les effets des approches basées sur la stimulation bilatérale.

L'une des hypothèses les plus soutenues empiriquement est celle d'une compétition dans la mémoire de travail : le maintien simultané du souvenir traumatique et d'une tâche concurrente entraîne une diminution de l'intensité et de la charge émotionnelle des représentations.

D'autres modèles mettent en avant des effets d'exposition répétée, une modulation attentionnelle, des processus de mise à jour mnésique.

Dans les approches comme l'EFT, la combinaison de stimulation corporelle et de verbalisation peut être comprise comme une forme d'exposition guidée associée à une régulation somatique.

Ces éléments suggèrent que les différences entre méthodes pourraient être liées à **la nature, à la complexité et à l'organisation des tâches concurrentes introduites pendant le rappel traumatique**.

3. La DMOKA® comme configuration multimodale

La DMOKA® introduit une configuration dans laquelle plusieurs modalités sont mobilisées de manière coordonnée : stimulation somato-sensorielle

.....

bilatérale alternée (battements palmaires) simultanément à une production vocale active du patient (TLEi™) et stimulation visuelle bilatérale (mouvements oculaires guidés).

Contrairement à une activation strictement simultanée, ces composantes sont **organisées de manière séquentielle et alternée**, notamment dans la phase de désensibilisation, où la TLEi™ et les mouvements oculaires sont utilisés de façon successive en fonction de l'état du patient.

Cette organisation permet d'introduire différentes formes de sollicitation sensorimotrice sans surcharge technique ou motrice, tout en maintenant un niveau élevé de mobilisation des ressources cognitives.

La DMOKA® peut ainsi être interprétée comme une extension du paradigme de double tâche, dans laquelle la tâche concurrente devient **multimodale, dynamique et partiellement auto-générée**.

Dans ce cadre, le patient est engagé simultanément dans le maintien d'un contenu mnésique, une activité sensorielle, une activité motrice, et une activité phonologique.

Cette configuration est susceptible d'augmenter la charge globale de traitement, et donc de modifier les conditions dans lesquelles le souvenir est maintenu et traité.

4. Le rôle de l'engagement vocal actif

L'un des éléments distinctifs de la DMOKA® est l'implication de la voix du patient comme composante active du dispositif.

La production vocale engage une boucle sensorimotrice **auto-générée**, impliquant des processus moteurs, des retours auditifs, des feedbacks somatosensoriels, et une régulation respiratoire.

Elle transforme la position du patient, qui devient acteur du processus plutôt que simple récepteur de stimulations.

Dans le contexte du trauma, où les expériences de sidération et de perte de contrôle sont fréquentes, cette dimension peut contribuer à augmenter la

tolérance à l'évocation, renforcer l'engagement, et soutenir le processus de transformation.

Cette caractéristique distingue la DMOKA® des approches reposant principalement sur des stimulations externes.

Par ailleurs, l'implication active du patient dans la génération du stimulus peut être interprétée comme une augmentation de l'agentivité perçue, c'est-à-dire du sentiment d'être à l'origine de l'action.

Dans le contexte du trauma, où les expériences de sidération et de perte de contrôle sont fréquentes, cette dimension pourrait influencer la tolérance à l'évocation, et l'engagement dans le processus thérapeutique.

5. La procédure TLEi™

La TLEi™ (Technique de Libération des Émotions inconscientes) constitue un dispositif opératoire central de la DMOKA®.

Elle repose sur la combinaison de l'activation du vécu (souvenir ou sensation), une stimulation bilatérale rythmique, et la répétition rapide de mots issus des sensations corporelles ou somato-émotionnelles du patient.

Cette répétition introduit une **charge phonologique soutenue**, susceptible de mobiliser des phénomènes de satiété sémantique, caractérisés par une diminution temporaire de la saillance du mot ou de son accès au sens.

Dans le contexte du rappel traumatique, cette configuration peut contribuer à une réduction de la vivacité des représentations, une diminution de la charge émotionnelle, et une modification progressive des associations somato-verbales.

La TLEi™ est utilisée en alternance avec les mouvements oculaires, permettant d'articuler différentes modalités de stimulation au cours du processus.

6. Phase de reprogrammation positive

Au-delà de la phase de désensibilisation, la DMOKA® intègre une étape explicite de **reformulation positive**.

Une phrase est élaborée par le patient à partir du matériel émergent de la séance.

Cette formulation n'est pas standardisée, elle émerge du vécu transformé et correspond à une nouvelle organisation perceptive et émotionnelle.

Elle est ensuite répétée à voix haute, les yeux fermés, en association avec une stimulation palmaire bilatérale lente.

La séance se clôture par une séquence de mouvements oculaires de type lemniscate, pendant laquelle la phrase est répétée les yeux ouverts.

Cette phase peut être interprétée comme une **stabilisation d'une nouvelle configuration cognitive et émotionnelle**, rendue possible par la réduction préalable de la charge traumatique.

7. Consolidation post-séance

La DMOKA® inclut une phase de consolidation active réalisée en dehors de la séance. Le patient est invité à répéter la phrase à voix haute, les yeux fermés, en effectuant une stimulation palmaire bilatérale lente auto-produite, deux ou trois fois par jour pendant une période définie (en général 21 jours).

Cette répétition peut être comprise comme une forme d'**entraînement auto-dirigé**, contribuant à stabiliser les transformations, renforcer l'intégration, et favoriser la généralisation des effets.

8. Comparaison de la DMOKA® avec l'EMDR, l'IMO, l'EFT...

L'EMDR et l'IMO reposent principalement sur une stimulation bilatérale, souvent visuelle.

L'EFT associe stimulation somato-sensorielle et verbalisation.

La DMOKA® s'en distingue par la combinaison multimodale, l'alternance organisée des modalités, la participation active du patient, et l'intégration d'une phase de consolidation structurée dans le temps.

Ces différences suggèrent que, malgré certaines similitudes, les approches reposent sur des architectures fonctionnelles distinctes.

9. Hypothèse : compétition multimodale et consolidation active

L'hypothèse centrale proposée est que la DMOKA® agit à deux niveaux complémentaires :

- une augmentation de la compétition de la mémoire de travail pendant la désensibilisation,
- une consolidation active d'une nouvelle organisation par répétition vocale et stimulation bilatérale lente.

Cette double dynamique pourrait contribuer à une réduction de la charge émotionnelle, une transformation des associations, et une stabilisation des changements dans le temps.

10. Limites et perspectives

Les propositions présentées ici reposent sur la modélisation conceptuelle de Pascale Chavance, sa créatrice, et quelques dizaines de milliers d'observations cliniques par plus de cinq cents praticiens formés en 25 ans.

Des recherches expérimentales seraient nécessaires pour isoler le rôle de chaque composante, comparer les configurations simultanées et alternées, et évaluer l'impact de la consolidation post-séance.

11. Conclusion

La DMOKA® propose une extension du cadre des approches de retraitement du trauma, en combinant stimulation multimodale, engagement actif du patient, organisation séquentielle des modalités, et consolidation post-séance.

Cette configuration ouvre des perspectives nouvelles pour la compréhension et l'optimisation des processus de transformation des souvenirs traumatiques.

© Thierry Dudreuilh, analyste psycho-somato-social, chercheur indépendant,
Directeur clinique % Académie-ACP•PCE-Academy mediation@mac.com
Académie DMOKA® pour le traitement du trauma et du trauma complexe
S'informer / Trouver un praticien / Devenir praticien : <https://www.DMOKA.fr>